

## 処置やケアで使用した手袋の着脱に対する看護師の認識

小川赤十字病院 看護部

○小堀 紗季、飯島 真智子、村山 嘉津子

【目的】 接触感染に関する勉強会やポスターによる正しい手袋の着脱方法の周知を行い、予防に対する看護師の認識や行動に変化が起こるかを明らかにする。

【方法】 研究デザイン：量的研究 記述的研究

【調査方法】 1. 手袋の着脱の観察 2. アンケート調査 3. ATP 拭き取り検査の結果を踏まえた勉強会とポスターの掲示

【研究参加者】 A 病院B 病棟看護師

【研究期間】 平成26年11月～平成27年1月

【倫理的配慮】 日本看護協会学会論文文書投稿規程に準じ、院内の看護研究倫理委員会の審査・承認を受けている。アンケート協力については任意で無記名での提出であり、個人が特定されることはないことを説明し、同意を得ている。

【成績】 1. 手袋の着脱の観察 勉強会やポスター掲示によって、誤った手法による手袋の着脱回数は減少した。 2. アンケート調査 「手袋を交換するまたは交換しようと思う時はどのような時ですか？」という質問に対し、「使用している手袋が汚染されているのではないかと思った時」という回答が1番多く、勉強会やポスター掲示を実施する前後で変化がみられなかった。また、処置中に不足した物品を取りに行く時、「着用している手袋はどのようにしますか？」という質問に対し、「着用したまま取りに行く」という回答が2人から4人へ増加していた。

【結論】 接触感染予防に関する勉強会やポスターの掲示によって、正しい方法で手袋を着脱する回数は増加した。しかし、アンケート結果から明らかな認識の変化を十分に得ることはできなかった。そのため、接触感染予防に関する認識がより高まるように勉強会を継続していきたいと思う。

## PDCA サイクルによる手術部位感染への取り組み

さいたま赤十字病院 総合臨床内科

○高屋 俊樹、富岡 俊也、伊賀 正典、大川 直美、福田 真弓、田口 茂正、安藤 昭彦、加藤 泰一

手術部位感染（Surgical site infection；SSI）は、感染に見舞われた患者に入院期間の長期化、再手術の必要性、医療費用の負担増加などの苦痛を招くだけでなく、病院にとっても病床の占拠、医療資源の通常以上の投入などが必要となり、できるだけ発生を避けるべき状態である。また一旦、SSI を来した患者が発生した場合には、院内感染、なかでも交叉感染には特に注意が必要である。SSI が発生した場合、主治医はある程度は把握していることが想定されるが、院内の感染制御チーム（Infection control team；ICT）にまでは、なかなか情報が伝わることはない。当院では、重症度の高いSSI 症例が手術室で処置をされることに着目し、手術室でSSI と思われた症例をICT に連絡し、ICT より主治医に必要に応じて介入する体制を試験的に運用した。すなわちPDCA サイクルにおいて、P として手術環境の整備、抗菌薬の予防投与、手洗い・身だしなみの教育を、D として手術の実施を、C として手術室でのSSI 発症症例の拾い上げを、D としてICT による主治医による介入を行った。結果として、毎月手術室よりICT に連絡した症例数は3～11件で、整形外科症例が多数を占めたが、経時的に漸減傾向をみた。手術室としては、手術室が交叉感染の場となることを最も危惧していたが、あきらかにそれが疑われるケースはなかった。この取り組みの限界としては、手術室で対応する段階ではないSSI を拾い上げられないこと、症例の拾い上げで見落としの可能性があること、であった。今後の急性期病院では、病床を十分に運用するためにもSSI の発生は最小限度に抑える必要がある。当院では今回の取り組みを継続するとともに、外科系診療科をはじめとした院内スタッフにSSI をはじめとした院内感染への注意意起が、より一層必要と思われた。

## P-1B-206

## H 病院インフルエンザ感染予防対策

## ～面会者の検温と体調チェックの取り組み～

芳賀赤十字病院 ICT

○金澤 靖子、小池 順子、黒川 敬男、関澤 真人、保科 優、佐藤 寛丈、近藤 義政

【はじめに】 201415シーズンのインフルエンザは、全国的に昨年より3週間早く流行期に入った。H 病院はアウトブレイクを経験しているため、早期に予防対策を行っている。その対策は、予防接種の推進、面会時のマスク着用ポスター掲示や院内放送などである。しかし、面会者のマスク着用がされていないことが多く、入院患者からインフルエンザ発症者が見られた。面会者からの持ち込みも考えられたため、検温と体調チェックを行い面会者の制限を行った。その取り組みについて報告する。

【目的】 発熱、かぜ症状等のある面会者の制限

【方法】 面会者の検温と体調チェック表を作成し、全病棟入り口に配置する。また、検温と体調チェックの協力と面会時のマスク着用、手指消毒実施のポスター掲示を行った。

【結果】 開始当初は、病棟入り口に検温と体調チェック表があっても、素通りしたり、ちょっとだけだからとマスクもしなかったり、インフルエンザ対策に協力が得られない状況であった。しかし、入院時オリエンテーションでの説明や呼びかけを続けることで実施ができた。また発熱者の面会制限ができた。

【まとめ】 今シーズンより面会者の検温と体温チェックの取り組みをしたが、開始時期が遅かったと思われる。2015-16シーズンはインフルエンザ動向を把握し、早期に実施したい。また、入院患者のインフルエンザ発症状況を比較検討し、面会者の検温と体調チェックの取り組みの有効性を確認したい。

## P-2B-208

## 患者・職員への転倒転落予防に関する啓蒙活動

日本赤十字社長崎原爆病院 放射線科部

○松尾 俊哉、赤瀬 ちづる、西野 綾子、高木 宏和、近戸 友美

【はじめに】

当院では、多職種で構成された転倒転落ワーキンググループが活動を行っている。毎月、各部署から転倒転落事例の報告を行い、それぞれの予防対策を共有している。また、環境チェックや危険予知トレーニング、予防マニュアルの周知、見直しなどの活動を行い、転倒転落予防活動を実施している。平成25年度より、患者・職員に予防の意識づけを行う目的で、10月10日を「転倒転落予防の日」に制定した。今年度は、10月3日から10月10日を転倒転落予防週間とし、標語の募集・投票・展示、ポスター展示、院内ラウンドを行ったので報告する。

【活動内容】

全職員から、職員向け・患者向けの2種類の標語を募集し、投票により優秀作品を選考した。優秀作品は、院長表彰を行い、ポスターにして各部署に1年間掲示した。患者向け標語の投票は、患者が参加しやすい玄関ロビーのスペースを活用、転倒転落予防に関するポスターも作成し展示した。また、展示スペースに担当のスタッフを配置し、患者及び患者家族に投票の呼びかけ・転倒転落予防週間の趣旨説明などを行った。院内ラウンドは、担当スタッフが手作りの襟や腕章を身につけ環境チェックを行い、転倒転落予防週間をアピールし部署スタッフへの意識づけを行った。

【考察】

今回、新たな試みとして「転倒転落予防の日」を制定し、職員、患者参加型の啓蒙活動を実施した。患者や患者家族からも「思いもよらないところに転倒の危険性が潜んでいるのね。勉強になったわ。」と好評で、患者参加型の活動の有用性を再認識することができた今後は、転倒転落の件数が少しでも減少に転じるような取り組みを検討していきたい。

## P-1B-205

## A 病棟での感染対策の取り組みについて

旭川赤十字病院 看護部

○清水 久美子、長谷川 浩美、市川 ゆかり、平岡 康子

【はじめに】 手指衛生は感染を防止する上で最も大きな役割を果たす。特に速乾性手指消毒剤による手指衛生の重要性が提唱されているが、その遵守は十分でない現状がある。そこでA 病棟ではリンクナースを中心として、速乾性手指消毒剤使用量の増加の取り組みを行い、結果を得たので報告する。

【方法】 期間は平成26年4月～平成27年3月末、対象はA 病棟、調査内容は病棟内に設置している速乾性手指消毒剤使用量、スタッフが手指衛生を実施している場面である。取組みは1. 速乾性手指消毒剤使用量の結果を毎月スタッフにフィードバック、2. 掲示物での呼びかけ、3. 始業時にスタッフ全員で手指消毒を行う、4. スタッフに自分が行っている手指衛生の場面についての振り返り、である。

【結果】 平成26年度の速乾性手指消毒剤使用量は、124680ml で、1患者1日当たりの使用量は9.1ml で、平成25年度（105690ml：7.1ml）より増加していた。スタッフに自分が行っている手指衛生の場面についての振り返りでは、電子カルテの入力前後とバイタルサイン測定時での手指衛生の実施が出来ていなかった。

【考察】 取組みにより速乾性手指消毒剤使用量は増加した。しかし、1患者1日当たりの使用量から換算した（1回3ml）手指衛生の回数は、1患者1日3回の実施となる。適切な量を使用していない事も予測されるが、スタッフの振り返りからも明らかになったように、必要な場面で実施出来ていない現状であった。今後は手指衛生が必要な場面についてのスタッフ指導を強化する事、さらにスタッフだけでなく、患者・家族への働きかけも強化していきたい。

【まとめ】 リンクナースを中心として、速乾性手指消毒剤使用量の増加の取り組みを行い、結果を得た。今後の課題は、必要な場面についてのスタッフ指導の強化と、患者・家族への働きかけである。

## P-2B-207

## 転倒転落対策チームの活動報告

名古屋第二赤十字病院 医療安全推進室<sup>1)</sup>、同 看護部<sup>2)</sup>、同 薬剤部<sup>3)</sup>、同 リハビリテーション課<sup>4)</sup>○古尾 麻紀<sup>1)</sup>、小瀬 裕美子<sup>1)</sup>、池上 里美<sup>2)</sup>、東 学<sup>2)</sup>、中内 真由美<sup>2)</sup>、池田 亮<sup>2)</sup>、端谷 僚<sup>4)</sup>、加藤 康子<sup>3)</sup>、関 行雄<sup>1)</sup>

【目的】 平成25年、転倒転落を予防する対策の検討を目的とし、多職種で構成されるチームを発足した。転倒転落対策チームは、バイシエントセーフティー（以下 PS）委員会の下部組織として位置づけられており、メンバーは、医師1名、薬剤師1名、理学療法士1名、看護師6名である。チーム医療として医療安全推進活動に取り組むことができたので報告する。

【方法】 平成24年度にインシデント報告された転倒転落事例を分析し対策を講じた。

【活動報告】 1. 発生時間は2時から7時までが34% を占め、適切な睡眠薬の選択がなされていない可能性が示唆された。「当院採用睡眠薬の種類」、「不眠症のタイプに応じた薬剤の使い分け一覧」を作成し HP 上に公開した。2. 排泄関連の報告が15% あり、トイレに注意喚起するポスターを作成し貼付した。3. 離床センサーの使用が適切に行えていない報告があり、装着方法の工夫を動画撮影し HP 上に公開した。4. 平成26年度は1ヶ月ごと事例を分析し病棟ラウンドを行った。5. レベル3b 以上の事例が発生した際は、チームでラウンドし問題を検証し改善につなげた。

【考察】 看護師はセンサー装着の動画を参考に、転倒転落の予防をアセスメントできている。医師は「当院採用睡眠薬の種類」、「不眠症のタイプに応じた薬剤の使い分け一覧」の十分な活用がされておらず医局会で再度周知した。病棟ラウンドを多職種で行うことで、疾患、薬剤、移動レベル、環境について専門性を活かした助言と評価ができていると考える。転倒転落のインシデントは減っているとは言えないが、対策の活用を促すためには、継続的に周知活動が必要であると考ええる。